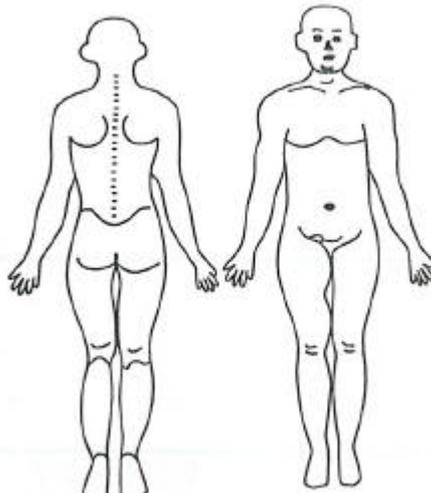


手術チェックカード (全てフルネームで申し送る)

平成	年	月	日	(曜日)
身長	cm		体重	Kg		
病名						
術式						
血液型	A	B	AB	O	Rh	(+ ・)
感染症	有・無 ()					
アレルギー	有・無 ()					

術前指示		施行者サイン	受者サイン
<p style="text-align: center;"><剃毛部位></p> 			
<p>前日 眠前薬 ()</p> <p>食事 : () 食まで可</p> <p>水分 : () 時まで可</p> <p>皮下テスト ()</p> <p>当日 浣腸 有・無</p> <p>最終排便 (時)</p> <p>最終排尿 (時)</p> <p>輸液ルート確保部位 ()</p> <p>輸液の種類 ()</p> <p>()</p> <p>サーフ口針 (G)</p> <p>プレメディ 有・無</p> <p>当日朝内服 有・無 ()</p> <p>前投薬時間 (時 分)</p> <p>(硫アト mg)</p> <p>(アタP mg)</p> <p>前後 VS(前 T P R BP)</p> <p>(後 T P R BP)</p> <p>義歯 (有・無) 除去確認</p> <p>開口制限 (有・無)</p> <p>首の後屈制限 (有・無)</p> <p>精神的不安 (強度・普通)</p>			
	項 目		
術前	術野及び口腔清拭、爪切り、結髪		
チエック	時計、指輪、ネックレス、眼鏡、コンタクトレンズ除去		
ック	化粧、マニキュア、口紅、ヘアピン除去		
麻酔医からの依頼	検査依頼等の結果		
特別内服薬	抗精神薬、高血圧薬をいつ飲ませたか ()		
	抗凝固薬 () 中止期間 ()		
	貼布薬 ()		
既往歴	当院での全身麻酔歴がある場合は、麻酔表記録を持参する 口腔内、胸部、肺の手術歴や治療歴はないか 麻痺の有無、程度 術前の意識レベル		
合併症	DM・喘息・HT・心疾患・etc		
持参物品	カルテ、X - P ,麻薬(A)、抗生物質() O2 マスク、腹帯、フォーリートレイ、枕 (大枕、外転枕)		

